

Aleitamento materno: o que mudou após uma década?¹

Áurea Tamami Minagawa Toriyama²
Elizabeth Fujimori³
Claudia Nery Teixeira Palombo⁴
Luciane Simões Duarte⁴
Ana Luiza Vilela Borges³
Christiane Borges do Nascimento Chofakian⁴

Objetivo: analisar as mudanças ocorridas na prevalência, duração mediana e determinantes do aleitamento materno, em um município de pequeno porte do Estado de São Paulo. **Método:** análise de dois estudos transversais, conduzidos com intervalo de uma década, com 261 e 302 crianças menores de dois anos, respectivamente. Utilizou-se análise de sobrevivência de Kaplan-Meier, para o cálculo da duração mediana do aleitamento materno, e regressão de Cox para a análise dos determinantes, com nível de significância de 5%. **Resultados:** constatou-se incremento de 33,4% na prevalência de aleitamento materno exclusivo e de 20,9% no aleitamento materno. Com relação a esse último, sua duração mediana aumentou de 7,2 para 12 meses. No segundo estudo, sua duração mediana foi menor em crianças de primeira ordem de nascimento, e que usavam chupeta, e não foi associada às ações de incentivo ao aleitamento materno. **Conclusões:** avanços na prevalência e na duração do aleitamento materno foram observados no município em questão, porém, o uso de chupeta ainda se mantém como determinante de menor duração mediana para a prática. Portanto, com este estudo, contribuiu-se para evidenciar a necessidade de intensificação das ações de enfermagem na promoção do aleitamento materno e desencorajamento quanto ao uso de chupeta.

Descritores: Aleitamento Materno; Saúde da Criança; Enfermagem em Atenção Primária; Atenção Primária à Saúde; Epidemiologia; Estudos Transversais.

¹ Apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil, processo nº 2011/509309.

² PhD, Professor Doutor, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

³ PhD, Professor Associado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

⁴ Doutoranda, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

Como citar este artigo

Toriyama ATM, Fujimori E, Palombo CNT, Duarte LS, Borges ALV, Chofakian CBN. Breastfeeding in a small city in São Paulo state, Brazil: what changed after a decade?. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2941. [Access ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/1518-8345.1858.2941>.

Introdução

É notório que a prática do Aleitamento Materno (AM) está associada a boas condições de saúde infantil, com efeito primordial na redução da incidência e gravidade das enfermidades mais prevalentes na infância, bem como da mortalidade infantil⁽¹⁻²⁾. Igualmente, já foi constatado seu efeito positivo no coeficiente de inteligência, desempenho escolar e renda na idade adulta, que se traduzem em vantagens às famílias e à sociedade⁽³⁻⁴⁾.

Apesar dos inúmeros benefícios, a prevalência de Aleitamento Materno Exclusivo (AME), até o sexto mês, ainda não atinge 40% das crianças, em nível mundial⁽⁴⁾. Isso também ocorre no Brasil, onde a prevalência de AME em menores de seis meses se mantém em 41%, valor superior aos 3% da década de 1980, certamente consequência do investimento em políticas públicas de promoção ao AM que resultaram em melhorias consideráveis nos seus indicadores no país. A duração mediana do AM também aumentou de 2,5 meses, em 1975, para 11,3 meses, em 2008⁽⁵⁾, porém permanece distante dos 20 meses, que caracterizam o patamar satisfatório⁽⁶⁾.

Os avanços nos indicadores de AM apresentam comportamento bastante heterogêneo entre as capitais e regiões brasileiras. A prevalência de AME em menores de seis meses varia de 27%, em Cuiabá, a 56%, em Belém, com duração mediana de 0,7 a 88,8 dias, respectivamente. A duração do AM, por sua vez, oscila de 293 dias (3,1 meses), em São Paulo, a 601 dias (20 meses), em Macapá⁽⁷⁾.

Tal comportamento tão diverso reforça a necessidade da realização de pesquisas locais para avaliação e monitoramento de seus próprios indicadores e determinantes, pois o estabelecimento e a manutenção do AM sofrem influência das características socioeconômico-culturais, familiares, maternas e infantis de cada população, tais como renda familiar, idade, escolaridade, situação conjugal e trabalho materno, sexo, peso ao nascer, ordem de nascimento e uso de chupeta⁽⁸⁻¹⁰⁾. Ademais, constatou-se que a prática do AM é igualmente determinada pelas ações de incentivo ao AM na atenção pré-natal, maternidade e puericultura⁽¹¹⁾.

Nessa perspectiva, no início da década de 2000, em estudo desenvolvido em um município de pequeno porte do Estado de São Paulo, identificou-se prevalência de AM em 41% dos menores de 24 meses, e de AME em 13% dos menores de seis meses, com duração mediana de 7,2 meses de AM e de apenas 28 dias de AME. Foram determinantes de menor mediana de AM: aleitamento, primeira ordem de nascimento e uso de chupeta⁽¹²⁾. Diante da implementação de políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao AM e expansão da atenção

básica ocorridas na última década, e da realização de novo estudo sobre as condições de saúde e nutrição no mesmo município, considerou-se pertinente e oportuno analisar as mudanças ocorridas na prevalência, duração mediana e determinantes do AM entre 2001 e 2013, em um município de pequeno porte de São Paulo, o que constituiu o objetivo neste estudo.

O estudo foi conduzido com base na hipótese de que a prevalência e a duração mediana do AM aumentaram no período em análise, os determinantes da duração mediana do AM não se alteraram e as ações de incentivo ao AM (orientação sobre AM no pré-natal e parto, AM na primeira hora de vida, AM exclusivo na maternidade, acompanhamento de puericultura e orientação sobre AM nas consultas de puericultura) tiveram efeito positivo na duração mediana do AM, em 2013.

Método

Estudo transversal, desenvolvido em um município de pequeno porte do Estado de São Paulo, em 2013, com dados comparados ao de outro estudo metodologicamente similar, realizado no ano 2001, no mesmo município⁽¹²⁾.

Em 2001, no município em questão contavam-se 26 mil habitantes, e a rede de atenção à saúde era formada por um centro de saúde, sete Unidades Básicas de Saúde (UBS), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e um hospital municipal de pequeno porte (50 leitos). Em 2013, a população aumentou para 48 mil habitantes e a rede de serviços passou a contar com 12 UBSs, três ambulatórios, manutenção do CAPS e do hospital municipal⁽¹³⁾.

O primeiro estudo foi de base populacional, realizado com amostra representativa de 261 crianças menores de dois anos de idade⁽¹²⁾. O segundo estudo, desenvolvido em 2013, integrou projeto mais amplo aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (Processo nº 193.468), em que se avaliou a saúde e nutrição de crianças menores de três anos cadastradas nas UBSs, em amostra representativa e proporcional ao número de crianças de cada UBS. No cálculo amostral obtido com o *software* Epi-info 6.04 indicou-se a necessidade de 350 crianças, nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%. Foram critérios de inclusão: criança cadastrada em uma das 12 UBSs e comparecimento ao serviço de saúde com a mãe no período da coleta de dados. De 399 mães abordadas, 35 recusaram-se, uma não se ajustou aos critérios de inclusão e cinco foram excluídas (três gemelares, uma adotada e uma com doença neurológica). Do total de 358 crianças de zero a três anos que compuseram a amostra, neste estudo foram

analisadas 302 crianças menores de dois anos (84,4%), para comparação com o estudo anterior.

A coleta de dados foi realizada de fevereiro a abril de 2013, por 11 enfermeiras e uma graduanda em enfermagem, todas devidamente qualificadas. As mães foram entrevistadas nas UBSs, com questionário pré-testado. Foram obtidas informações referentes às características familiares (renda familiar *per capita* e escolaridade do pai), maternas (idade, escolaridade, situação conjugal, inserção no trabalho), infantis (idade, sexo, peso ao nascer, ordem de nascimento, uso de chupeta) e ações de incentivo ao AM (orientações no pré-natal e no parto, ocorrência do AM na primeira hora de vida, ocorrência do AME na maternidade, acompanhamento de puericultura e orientação sobre AM nas consultas de puericultura). Desse último bloco, obteve-se, no estudo conduzido em 2001, apenas informação quanto às orientações sobre AM no pré-natal e parto. Ainda em 2001, o uso da mamadeira foi associado à menor duração de AM, porém, optou-se por não utilizar essa variável, dada sua consagrada e incontestável relação com o desmame.

Os dados foram inseridos em banco dados, elaborado com o *software Epi-info 6.04*, com dupla digitação, para verificação de consistência, e as análises estatísticas foram processadas com o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 17. Constituíram variáveis dependentes a duração mediana e a prevalência de AME e de AM, estimadas para as faixas etárias recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS): menores de quatro e menores de seis meses para AME e AM, além de seis a nove, 12 a 15, 20 a 24 e de 0 a 24 meses para AM. O AME foi definido como situação em que a criança recebia exclusivamente leite materno, sem adição de água e/ou outro líquido, enquanto o AM, situação em que a criança recebia leite materno em qualquer regime alimentar⁽¹⁴⁾.

A duração da mediana de AME e AM foi verificada por meio de análise de sobrevivência, pelo método de Kaplan-Meier. Essa técnica permite analisar o tempo decorrido até a ocorrência de determinado evento, que, neste estudo, referiu-se ao tempo de AM até o desmame (interrupção definitiva da amamentação). Essa técnica tem sido amplamente utilizada em outros estudos de aleitamento materno, já que confere a vantagem de analisar tanto informações de crianças desmamadas como daquelas ainda amamentadas no momento da entrevista⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Para a criança que ainda recebia leite materno no momento da entrevista (criança censurada), o tempo de AM referiu-se à sua própria idade. Para avaliar a diferença entre as medianas do AM na análise univariada, utilizou-se o teste log-rank.

A identificação dos determinantes de duração do AM foi realizada por meio da análise múltipla de Cox (modelos de riscos proporcionais de Cox). Para tanto, as variáveis foram selecionadas conforme as hipóteses no estudo, e foram construídos dois modelos. No modelo 1, consideraram-se como variáveis independentes apenas aquelas que foram estatisticamente associadas à duração do AM, em 2001 (ordem de nascimento e uso de chupeta). O modelo 2 foi construído considerando-se, também, o possível efeito das variáveis relativas às ações de incentivo ao AM não investigadas em 2001 (orientação sobre AM no pré-natal e parto, AM na primeira hora de vida, AM exclusivo na maternidade, acompanhamento de puericultura e orientação sobre AM nas consultas de puericultura). Variáveis maternas classicamente associadas à duração do AM foram consideradas para ajuste do modelo: situação conjugal e escolaridade materna^(8,17). Ambos os modelos foram construídos inserindo-se simultaneamente as variáveis. No modelo de regressão de Cox, a medida de associação em Hazard Ratio é semelhante ao risco relativo e indica a probabilidade de um sujeito que não teve o evento, tê-lo naquele momento. O nível de significância de 5% foi considerado estatisticamente significativo, no modelo final. O teste de Schoenfeld foi utilizado para verificar a adequação dos modelos de Cox, e todas as variáveis atenderam aos pressupostos de proporcionalidade dos riscos.

Resultados

Na Tabela 1 são apresentadas as mudanças no perfil da amostra estudada em 2013 (n=302), em relação à população do estudo de 2001 (n=261)⁽¹²⁾. Verificou-se percentual estatisticamente maior de famílias com renda *per capita* maior ou igual a 1,8 salários-mínimos, redução na proporção de mães com três anos ou mais de estudo e aumento de mães inseridas no trabalho (p<0,001). Houve incremento de 20% na orientação sobre AM no pré-natal e no parto (p<0,001) e redução no uso de chupeta (p=0,05).

Entre os anos 2001 e 2013, a prevalência de AME aumentou significativamente no município estudado (p<0,05), incremento de 40,8% em crianças menores de quatro meses e de 33,4% nas menores de seis meses, com prevalências em 2013 de 58,6 e 46,1%, respectivamente.

A prevalência de AM no município foi de 61,9%, avanço de 20,9% (p<0,001) no período de 2001 a 2013, com destaque para a faixa etária de seis a nove meses, com prevalência de 68,4% em 2013, crescimento de 53,5% no período, e faixa etária de 12 a 15 meses, com prevalência de 42,9% em 2013, incremento de 27,7% no período (Tabela 2).

Na Figura 1 mostra-se que houve maior proporção de crianças amamentadas em 2013, tanto em AME quanto em AM. A duração mediana do AME foi de quatro meses em 2013 e de 28 dias em 2001, enquanto a do AM passou para 12 meses em 2013, contra 7,2 meses em 2001, aumento de 4,8 meses no período.

Na análise univariada, as variáveis associadas estatisticamente à duração mediana do AM em 2013 foram: situação conjugal, ordem de nascimento e uso de chupeta (Tabela 3). A duração mediana do AM foi menor em crianças de mães sem companheiro, primeiros filhos e que usavam chupeta. Na análise da

diferença na duração mediana do AM entre 2001 e 2013, segundo características familiares, maternas, infantis e ações de incentivo ao AM, mostrou-se que a duração aumentou cerca de cinco meses para muitas das categorias analisadas, porém, diminuiu ou aumentou menos em crianças com pais de escolaridade inferior a três anos, mães sem companheiro e com menos de 20 anos, primeiros ou segundos filhos, crianças que usavam chupeta e em situações nas quais não houve orientação no pré-natal e parto. A duração mediana do AM foi de sete meses em crianças que usavam chupeta.

Tabela 1 - Características familiares, maternas, infantis e de ações de incentivo ao aleitamento materno apresentadas no estudo de 2013, diferença percentual e p-valor em relação ao estudo de 2001. Município do Estado de São Paulo, Brasil, 2013

Características	2013 (%)	Diferença percentual entre 2013 e 2001 e p-valor	
		(%)	p*
Familiares[†]			
Renda familiar <i>per capita</i> : ≥1,8 salários-mínimos	95,7	+13,3	<0,001
Escolaridade do pai: ≥3 anos de estudo	80,5	+3,5	0,157
Maternas			
Idade: >20 anos	82,1	-2,6	0,707
Situação conjugal: com companheiro	81,5	-5,5	0,316
Escolaridade: ≥3 anos de estudo	67,2	-22,4	<0,001
Inserção no trabalho: sim	61,9	+33,5	<0,001
Infantis			
Sexo: masculino	57,6	+3,6	0,392
Peso ao nascer: ≥2.500g	89,1	-3,2	0,418
Ordem de nascimento:			0,210
1º filho	45,0	+7,1	
2º filho	29,5	-5,4	
3º filho ou mais	25,5	-1,7	
Uso de chupeta: sim	45,0	-8,2	0,052
Ações de incentivo ao AM[‡]			
Orientação sobre AM [‡] no pré-natal e no parto: sim	70,2	+20,0	<0,001
AM [‡] na primeira hora de vida: sim [§]	22,2	-	-
AM [‡] exclusivo na maternidade: sim [§]	24,2		
Acompanhamento de puericultura: sim [§]	74,8	-	-
Orientação sobre AM [‡] na puericultura: sim [§]	23,2	-	-

*Teste de qui-quadrado; [†]Sem informação para a totalidade da amostra; [‡]AM: aleitamento materno; [§]Dados investigados apenas no estudo de 2013

Tabela 2 - Prevalência de aleitamento materno e intervalo de confiança, segundo as faixas etárias apresentadas no estudo de 2013, diferença percentual na prevalência entre 2013 e 2001 e p-valor. Município do Estado de São Paulo, Brasil, 2013

Faixa etária (meses)	Prevalência em 2013 (%)	(IC 95%)	Diferença percentual na prevalência de AM (2013–2001) e p-valor	
			%	p*
AME†				
<4	58,6	(48,3-69,0)	+40,8	0,003
<6	46,1	(37,5-54,7)	+33,4	<0,001
AM‡				
<4	88,5	(81,8-95,2)	+10,7	0,103
<6	82,0	(75,4-88,7)	+10,2	0,094
6–9	68,4	(56,3-80,5)	+53,5	<0,001
12–15	42,9	(27,9-57,8)	+27,7	0,090
20–24	27,0	(12,7-41,3)	-40,6	0,665
0–24	61,9	(56,3-67,4)	+20,9	<0,001

*Teste de qui-quadrado; †AME: aleitamento materno exclusivo; ‡AM: aleitamento materno

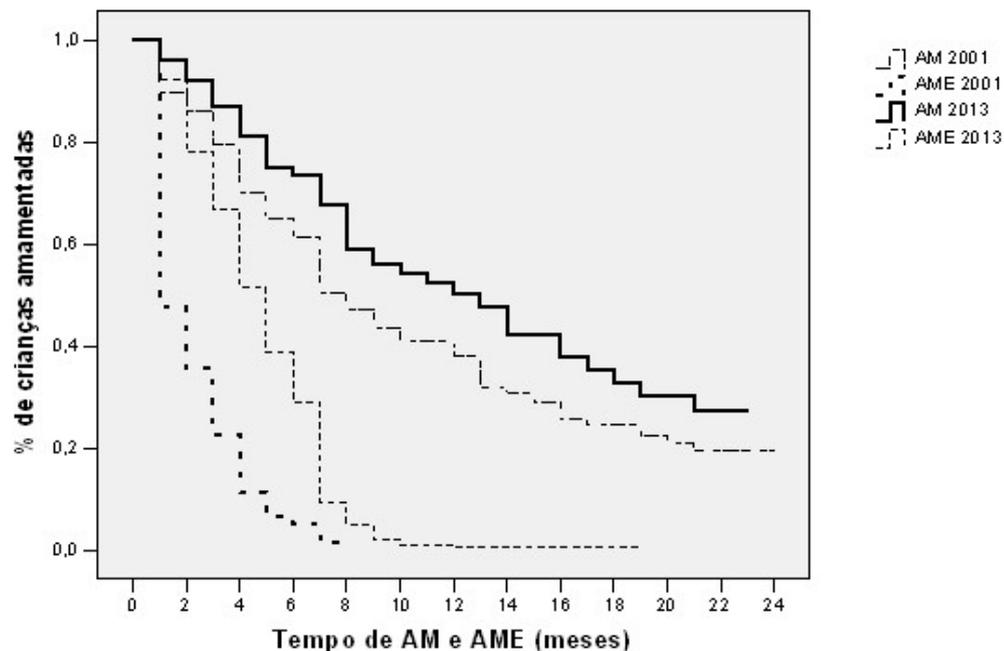


Figura 1 - Duração mediana do aleitamento materno exclusivo e do aleitamento materno nos anos 2001 e 2013. Município do Estado de São Paulo, Brasil, 2013

No modelo 1 da regressão múltipla de Cox mostrou-se que o uso da chupeta e a ordem de nascimento mantiveram-se como determinantes da duração mediana do AM, em 2013: primeiros filhos apresentavam maior risco para desmame, em relação aos de terceira ordem de nascimento, e crianças que usavam chupeta tinham risco quase cinco

vezes maior para desmame ($p < 0,05$). Além das variáveis analisadas no modelo 1, foram incluídas no modelo 2 as variáveis relativas às ações de incentivo ao AM. Somente o uso de chupeta e a primeira ordem de nascimento mantiveram-se como riscos para o desmame, sem associação às ações de incentivo ao AM (Tabela 4).

Tabela 3 - Duração mediana do aleitamento materno em 2013 e diferença entre 2001 e 2013, segundo características familiares, maternas, infantis e ações de incentivo ao aleitamento materno. Município do Estado de São Paulo, Brasil, 2013

Características	Duração mediana do AM (em meses)	p-valor*	Diferença na duração mediana do AM (2013-2001) (em meses)
Familiares[†]			
Renda familiar per capita (salário-mínimo)		0,457	
<1,8	8		1,2
>1,8	10		1,2
Escolaridade do pai (anos de estudo)		0,292	
<3	17		-7
>3	13		5,4
Maternas			
Idade (anos)		0,093	
<20	7		-3,8
>20	13		5,5
Situação conjugal		0,004	
Sem companheiro	7		2,5
Com companheiro	13		5,0
Escolaridade (anos de estudo)		0,171	
<3	12		-0,6
>3	12		4,5
Inserção no trabalho		0,474	
Não	13		5,1
Sim	11		4,9
Infantis			
Sexo:		0,847	
Masculino	13		6,1
Feminino	10		2,2
Peso ao nascer (gramas)		0,764	
<2.500	12		4,7
≥2.500	13		5,4
Ordem de nascimento		0,058	
1º filho	9		2,9
2º filho	11		2,7
3º filho ou mais	17		6,8
Uso de chupeta		<0,001	
Não	7		2,4
Sim [‡]	-		-
Ações de incentivo ao AM			
Orientação no pré-natal e parto		0,400	
Não	11		3,2
Sim	12		4,7
AM na primeira hora de vida [§]		0,098	
Não	8		-
Sim	12		-
AM exclusivo na maternidade [§]		0,069	
Não	11		-
Sim	12		-
Acompanhamento de puericultura [§]		0,854	
Não	12		-
Sim	13		-
Orientação sobre AM nas consultas de puericultura [§]		0,656	
Não	10		-
Sim	13		-

*teste de log-rank (teste de significância para comparar grupos em análise de sobrevida univariada); [†]sem informação para a totalidade da amostra; [‡]não foi possível estimar, pois a maioria das crianças que não usava chupeta ainda estava em AM; [§]dados investigados apenas no estudo de 2013

Tabela 4 - Regressão múltipla de Cox-Hazard Ratio e significância estatística para associação ao desmame. Modelo 1: variáveis estatisticamente significativas em 2001. Modelo 2: variáveis estatisticamente significativas em 2001 e ações de incentivo ao aleitamento materno em 2013. Município do Estado de São Paulo, Brasil, 2013

Variáveis*	Modelo 1†			Modelo 2†		
	HR‡	(IC 95%)	valor-p§	HR‡	(IC 95%)	valor-p§
Uso de chupeta						
Não	1			1		
Sim	4,886	(3,08-7,74)	<0,001	5,604	(3,38-9,30)	<0,001
Ordem de nascimento						
1º filho	1,652	(1,02-2,68)	0,042	1,737	(1,01-2,98)	0,044
2º filho	1,129	(0,65-1,97)	0,667	1,182	(0,65-2,16)	0,587
3º filho ou mais	1			1		
Orientação sobre AM no pré-natal e parto						
Não				1		
Sim				1,134	(0,75-1,72)	0,554
AM na primeira hora de vida						
Não				1		
Sim				1,070	(0,65-1,76)	0,788
AM exclusivo na maternidade						
Não				1		
Sim				0,963	(0,58-1,60)	0,885
Acompanhamento de puericultura						
Não				1		
Sim				0,941	(0,45-1,95)	0,870
Orientação sobre AM na puericultura						
Não				1		
Sim				1,231	(0,74-2,05)	0,425

*teste de Schoenfeld realizado com todas as variáveis, confirmando que os riscos eram proporcionais; †ajustado por: situação conjugal e escolaridade materna; ‡HR=Hazard Ratio; §análise múltipla de Cox; ||dados investigados apenas no estudo de 2013

Discussão

Os resultados, no presente estudo, corroboram as constatações em pesquisas nacionais⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ e de análise de tendência do AM realizadas na última década⁽⁷⁾, em que se mostra aumento na prevalência e duração mediana do AM, o que também confirma a hipótese nesta investigação.

A prevalência de AME entre menores de quatro e de seis meses aumentou expressivamente no município estudado, entre 2001 e 2013. No estudo mais recente, a prevalência de AME em menores de seis meses (46,1%) mostrou-se superior à verificada em 2008, tanto na cidade de São Paulo (39,1%) quanto na Região Sudeste (39,4%)⁽¹⁹⁾. Mesmo assim, a prevalência em questão ainda é considerada ruim pela OMS, que classifica como boa somente a prevalência que atinge taxa de 50%⁽⁶⁾.

Por sua vez, a prática do AM não só aumentou de 2001 para 2013 como também foi prolongada, pois houve aumento mais expressivo de AM entre crianças de seis a nove meses e de 12 a 15 meses, essa última faixa etária recomendada pela OMS⁽¹⁴⁾ como indicador de continuidade do AM. Apesar do incremento, os percentuais encontrados ainda são discretamente inferiores à prevalência de 87,6%

de AM em menores de seis meses, e de 47,5% na faixa de 12 a 15 meses, constatados no Brasil em 2006⁽¹⁸⁾.

O aumento na duração mediana do AM, que passou para 12 meses em 2013, pode ser considerado avanço importante quando analisado *in loco*, porém, da mesma forma que, em 26 das 27 capitais brasileiras estudadas em 2008⁽¹⁴⁾, a mediana encontrada ainda é classificada como muito ruim, de acordo com os parâmetros da OMS: muito ruim para mediana de 0 a 17 meses; ruim, de 18 a 20 meses; bom, de 21 a 22 meses e, por fim, muito bom, de 23 a 24 meses⁽⁶⁾. Mesmo assim, as taxas de AM e de AME no Brasil, e no município estudado, são melhores se comparadas a países como China e Estados Unidos⁽¹¹⁾.

O aumento de 4,8 meses observado entre 2001 e 2013, no município estudado, mostrou-se bastante similar à velocidade de aumento de 4,6 meses constatada na década de 1996 a 2006⁽⁴⁾. A duração mediana do AM encontrada no município em questão também se manteve similar ao verificado no Brasil em 2008 (11,3 meses), embora discretamente superior à mediana da Região Sudeste (10,1 meses) e da capital do Estado de São Paulo (9,8 meses)⁽⁷⁾.

Além da implementação de políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao AM e expansão da atenção básica, o perfil da população pode ter influenciado os indicadores do AM. A melhoria na renda familiar, aumento na proporção de mães que receberam orientação sobre AM no pré-natal e parto e redução do uso da chupeta podem ter contribuído de forma positiva, pois comprovadamente estão associados ao incremento na prevalência e duração do AM^(8,10,17), evidenciando a relevância da atuação da enfermagem na atenção básica (porta de entrada para o sistema de saúde), com a priorização do cuidado na saúde materno-infantil por meio de consultas, grupos educativos e visitas domiciliares.

Por outro lado, o aumento de um terço na proporção de mães inseridas no mercado de trabalho e redução de mais de 20% daquelas com três anos ou mais de estudo podem ter interferido de forma negativa, assinalando que os indicadores poderiam ter apresentado melhor evolução caso esse perfil fosse favorável, pois há evidências de que mães com melhor escolaridade apresentam maior duração do AM⁽⁸⁾ e a menor escolaridade materna, bem como a inserção no trabalho, são determinantes para interrupção do AME⁽¹⁷⁾.

Em 2013, os mesmos determinantes verificados em 2001⁽¹²⁾ mantiveram-se associados à duração mediana do AM, confirmando-se a hipótese pré-estabelecida. Assim, a duração mediana do AM foi menor em crianças de primeira ordem de nascimento e naquelas que usavam chupeta.

A ordem de nascimento vem sendo estudada nos termos de paridade da mulher e experiência anterior em AM. As primíparas amamentam por menos tempo, seja por insegurança, menor idade, menor escolaridade, menos conhecimento sobre os benefícios do AM ou menos disponibilidade para enfrentar as dificuldades sociais e culturais. Contudo, é necessário considerar que a intenção de amamentar da gestante é outro fator fortemente relacionado à duração do AM. Além disso, cada nascimento ocorre em contextos familiares diferentes, de forma que a influência dessa variável é difícil de ser analisada⁽²⁰⁾. A abordagem sobre o AM já no pré-natal, considerando a situação das primíparas, pode diminuir a insegurança e até aumentar o número de gestantes com intenção de amamentar. Por outro, a experiência de amamentar de mães de segunda ordem em diante deve ser valorizada e pode ser considerada como fator de proteção ao AM.

Há evidências de que o uso da chupeta está associado ao trabalho materno fora do lar, à primiparidade e à não amamentação na primeira hora⁽²¹⁾. Classicamente, a chupeta tem sido associada à menor frequência e

duração do AM, especialmente do AME⁽²²⁾. Assim, o uso da chupeta é desaconselhado desde o início da década de 2000, porém, continua com elevada prevalência e efeitos negativos para a manutenção do AM no município estudado, provavelmente por se tratar de prática culturalmente aceita em nosso meio e, também, porque os mecanismos envolvidos na relação com o desmame ainda não estão totalmente elucidados^(16,23).

É importante ressaltar que a efetividade das ações de incentivo ao AM depende dos profissionais de saúde considerarem a complexidade dos determinantes do AM e a situação de vida das mães⁽²⁴⁾.

Assim, os resultados neste estudo ampliam o conhecimento sobre os determinantes do AM, a fim de que as ações de incentivo à prática recebam maiores investimentos para que tenham o impacto desejado, aumentem a prevalência e duração do AM e AME e diminuam a importância de fatores como ordem de nascimento e uso de chupeta. Além disso, este trabalho pode ser facilmente replicado pelos enfermeiros de serviços de atenção básica, para planejar e avaliar as ações de promoção e apoio à prática do AM, e, neste, demonstra-se, também, a importância em considerar as características específicas no cuidado e atendimento de cada população. No município estudado, mulheres sem experiência anterior em aleitamento materno devem ser priorizadas e o uso da chupeta precisa ser desencorajado.

Ações de incentivo ao AM, tais como orientação sobre AM no pré-natal e parto, AM na primeira hora de vida, AM exclusivo na maternidade, acompanhamento de puericultura e orientação sobre AM nas consultas de puericultura, são reflexos das políticas públicas de promoção e apoio ao AM implementadas na década de 2000, de forma que não foram avaliadas no estudo desenvolvido em 2001. Nesse âmbito, ainda é necessário considerar como limitação, neste estudo, o fato de que os desenhos metodológicos de 2001 e 2013, embora similares, tiveram amostras distintas: o primeiro foi de base populacional, o segundo foi realizado com crianças cadastradas em UBSs, que compareceram ao serviço para atendimento. Poderia ser esperado que, em 2013, a população estivesse sujeita a um viés, qual seja, que as ações de promoção ao AM influenciariam positivamente a duração do AM. Entretanto, a hipótese de que tais ações teriam efeito positivo na duração mediana do AM, em 2013, não se confirmou. Assim, cabe a reflexão sobre o alcance das políticas de promoção e proteção ao AM, as quais devem ser avaliadas em outras investigações sobre a operacionalização das ações de incentivo à prática, não só em relação à frequência, mas também

à qualidade dessas ações, executadas nos serviços de atenção básica.

Conclusões

Constatou-se incremento de 33,4% na prevalência de AME e de 20,9% no AM. A duração mediana do AM aumentou de 7,2 para 12 meses. Em 2013, mantiveram-se associados à menor duração do AM os mesmos determinantes identificados em 2001: primeira ordem de nascimento e uso de chupeta.

Referências

- Lamberti LM, Zakarija-Grković I, Walker CLF, Theodoratou E, Nair H, Campbell H, Black RE. Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC Public Health*. [Internet]. 2013 [cited Dec 22, 2016];13(Suppl3):S18. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/S3/S18>.
- Lamberti LM, Walker CLF, Noiman A, Victora CG, Black RE. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. *BMC Public Health*. [Internet]. 2011 [cited Dec 22, 2016];11(Suppl3):S15. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/S3/S15>.
- Victora CG, Horta BL, Mola CL, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health*. [Internet]. 2015 [cited Sep 9, 2016];3(4):199-205. Available from: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X\(15\)70002-1.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(15)70002-1.pdf). doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70002-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70002-1)
- Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. [Internet]. 2016 [cited Sep 9, 2016];387:475-90. Available from: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)01024-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)01024-7.pdf). doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
- Venancio SI, Saldiva SRDM, Monteiro CA. Tendência secular da amamentação no Brasil. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2013 [Acesso 9 set 2016];47(6):1205-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000601205&lng=en. ISSN 1518-8787. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004676>.
- World Health Organization. Infant and young child feeding: a tool for assessing national practices, policies and programmes. Switzerland: WHO; 2003. [Internet] [cited Sep 9, 2016]. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/inf_assess_nnpp_eng.pdf.
- Venancio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. *J Pediatr*. [Internet]. 2010 [Acesso 9 set 2016];86(4):317-24. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000400012. ISSN 0021-7557. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572010000400012>.
- Oliveira MGOA, Lira PIC, Batista M Filho, Lima MC. Fatores associados ao aleitamento materno em dois municípios com baixo índice de desenvolvimento humano no Nordeste do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. [Internet]. 2013 [Acesso 9 set 2016];16(1):178-89. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000100178. ISSN 1415-790X. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000100017>.
- Colombara DV, Hernández B, Gagnier MC, Johanns C, Desai SS, Haakenstad A, et al. Breastfeeding practices among poor women in Mesoamerica. *J Nutr*. [Internet]. 2015 [cited Sep 9, 2016];145(8):1958-65. Available from: <http://jn.nutrition.org/content/early/2015/07/01/jn.115.213736.full.pdf+html>. doi: 10.3945/jn.115.213736.
- 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. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2015 [Acesso 9 set 2016];20(4):1235-44. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000401235&lng=en&nrm=iso&lng=pt. ISSN 1413-8123. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015204.00782014>.
- Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. [Internet]. 2016 [Access Sep 9, 2016];387:491-504. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01044-2/abstract?showall=true](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01044-2/abstract?showall=true). doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2).
- Minagawa AT, Oliveira IMV, Fujimori E, Laurenti D, Montero RMJM. Perfil do aleitamento materno em menores de 2 anos na cidade de Itupeva, SP, Brasil. *ALAN*. [Internet]. 2005 [Acesso 9 set 2016];55(2):132-9. Disponível em: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222005000200005. ISSN 0004-0622.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) Censo Demográfico de 2010. [Internet] Brasil; [Acesso 8 abr 2013]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>
- World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a

consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington DC, USA. Geneva: WHO; 2008. [Internet] USA; [cited Sep 9, 2016]. Available from: https://www.unicef.org/nutrition/files/IYCF_updated_indicators_2008_part_1_definitions.pdf

15. Oliveira DS, Boccolini CS, Faerstein E, Verly-Jr E. Duração do aleitamento materno e fatores associados entre 1960 e 2000. *J Pediatr. (Rio J.)* [Internet]. 2017 Apr [Acesso 5 maio 2017]; 93(2):130-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572017000200130&lng=en.

16. Buccini GS, Pérez-Escamilla R, Venancio SI. Pacifier Use and Exclusive Breastfeeding in Brazil. *J Hum Lactation.* [Internet]. 2015 Oct [cited May 5, 2017]; 32(3):NP52-NP60. Available from: http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0890334415609611?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed

17. Vieira TO, Vieira GO, Oliveira NF, Mendes CMC, Giugliani ERJ, Silva LR. Duration of exclusive breastfeeding in Brazilian population: new determinates in a cohort study. *BMC Preg Child.* [Internet]. 2014 [cited Sep 9, 2016];14:175. Available from: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-175>. doi 10.1186/1471-2393-14-175

18. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal [Internet]. Brasília: MS; 2009. [Acesso 9 set 2016]. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/pesquisa.pdf>

19. Ministério da Saúde (BR), Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS, 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança [Internet]. Brasília: MS; 2009. [Acesso 9 set 2016]. Disponível em: http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=1457

20. Martins MMC, Franklin AK, Carvalho OFC, Queiroz RA, Amaral ARM, Faisal CA, et al. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais. *Ver Saúde Pública.* [Internet] 2014 Dec [Acesso 5 maio 2017];48(6):985-94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000600985&lng=en.

21. Buccini GS, Benício MHD, Venancio SI. Determinantes do uso de chupeta e mamadeira. *Rev Saúde Pública.* [Internet].2014 [Acesso 9 set 2016];48(4):571-82. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000400571&lng=pt&nr m=iso&lng=pt. ISSN 1518-8787. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005128>

22. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MI. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil: revisão sistemática. *Rev Saude Publica.* [Internet]. 2015 [Acesso 9 set 2016];49:91. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100409&lng=en&nr m=iso&lng=pt. ISSN 1518-8787. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005971>

23. Castilho SD, Rocha MA. Uso de chupeta: história e visão multidisciplinar. *J Pediatr.* [Internet].2009 [Acesso 9 set 2016];85:480-9. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572009000600003&script=sci_arttext&lng=es. ISSN 1678-4782. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572009000600003>

24. Nakano AMS, Reis MCG, Pereira MJB, Gomes FA. Women's social space and the reference for breastfeeding practice. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet].2007 [cited Sep 9, 2016];15(2):230-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000200007. ISSN 1518-8345. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000200007>

Recebido: 9.9.2016

Aceito: 12.7.2017

Correspondência:

Áurea Tamami Minagawa Toriyama
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem
Rua Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira César
CEP: 05403-000, São Paulo, SP, Brasil
E-mail: aureatmt@usp.br

Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.