

Prevalência e fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: metanálise de estudos epidemiológicos brasileiros

Marcos Pereira-Santos ¹
Moema de Sousa Santana ²
Denise Santana Oliveira ³
Renato Aleixo Nepomuceno Filho ⁴
Cinthia Soares Lisboa ⁵
Leila Magda Rodrigues Almeida ⁶
Daiene Rosa Gomes ⁷
Valterlinda Alves de Oliveira Queiroz ⁸
Fran Demétrio ⁹
Ana Marlúcia Oliveira ¹⁰

¹ Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Oeste da Bahia. Rua Prof. José Seabra de Lemos, 316. Recanto dos Pássaros. Barreiras, BA, Brasil. CEP: 47.808-021. E-mail: pereira-santosm@bol.com.br

² Departamento de Alimentos e Nutrição. Universidade Estadual Paulista. São Paulo, SP, Brasil.

^{3,4,7} Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Oeste da Bahia. Barreiras, BA, Brasil.

^{5,6,9} Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Santo Antonio de Jesus, BA, Brasil.

^{8,10} Escola de Nutrição, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

Resumo

Objetivos: sumarizar estudos brasileiros que analisaram os fatores de risco para interrupção do aleitamento materno exclusivo (AME) antes dos seis meses de vida da criança.

Métodos: revisão sistemática e metanálise de artigos indexados na base de dados Bireme, Scielo e Pubmed, publicados no período de janeiro 2000 a dezembro de 2015.

Resultados: 22 artigos foram incluídos na metanálise. Observou-se que os fatores relacionados ao recém-nascido como o baixo peso ao nascer (OR= 1,17; IC95%: 1,05-1,29), sexo feminino (OR= 1,09; IC95%: 1,04-1,13) e uso de chupeta (OR= 2,29; IC95%: 1,68-2,91) foram os principais fatores de exposição responsável pelo aumento da ocorrência de interrupção do AME. No que se refere aos fatores de exposição relacionados à mãe, a idade materna inferior a vinte anos (OR= 1,22; IC95%: 1,12-1,33), a baixa escolaridade (OR=1,28; CI 95%: 1,11-1,45), a primiparidade (OR= 1,17; IC95%: 1,02-1,32), o trabalho materno no puerpério (OR= 1,26; IC95%: 1,11-1,41) e a baixa renda familiar (OR= 1,22; IC95%: 1,08-1,37) contribuíram significativamente para ocorrência de interrupção do AME.

Conclusões: a metanálise de estudos epidemiológicos brasileiros registrou evidências para concluir que a idade inferior a vinte anos, baixa escolaridade, primiparidade, trabalho materno no puerpério e a baixa renda familiar estão associados com a interrupção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade. Crianças com baixo peso ao nascer, do sexo feminino e que usaram chupeta tiveram maior vulnerabilidade de não serem amamentadas exclusivamente. Conclui-se, que a maioria deste fatores podem ser modificados por meio de políticas públicas de acompanhamento adequado durante todo o pré-natal, com ações de promoção do aleitamento materno exclusivo.

Palavras-chave Aleitamento, Aleitamento materno exclusivo, Nutrição da criança, Inquéritos epidemiológicos, Revisão

Introdução

As evidências epidemiológicas disponíveis a partir dos estudos observacionais indicam que a prática do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) nos seis primeiros meses de vida e a Amamentação Complementar (AMC) por dois anos ou mais constitui fator de proteção para doenças crônicas não transmissíveis em fases posteriores da vida.^{1,2} Neste sentido, a interrupção precoce do AME, definido como o abandono da prática do aleitamento materno e a substituição total ou em parte do leite materno por outros alimentos antes da criança completar seis meses de idade,¹ acarreta a privação dos elementos benéficos do leite materno e traz prejuízos à saúde do binômio mãe-filho.¹⁻⁴

AME caracteriza-se pela oferta única de leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outras fontes, sem disponibilização de qualquer outro líquido ou sólido, com exceção de gotas de xaropes ou de vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamento.¹ Esta prática é recomendada pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde (MS).^{1,3}

Resultados de inquérito nacional sobre amamentação realizados entre os anos 1999 e 2008 identificaram aumento na duração mediana de AME de 23,4 para 54,1 dias.⁵ Tendência similar foi encontrada para o aleitamento materno total com incremento de 210 para 341,6 dias.⁵ Dessa maneira, observa-se que, apesar das melhoras nos índices de aleitamento materno, estes resultados ainda são distantes das recomendações propostas pela OMS.

Na última década observou-se, crescente produção científica sobre fatores associados à duração do aleitamento materno exclusivo. Entretanto, metanálises sobre a relação com fatores socioculturais e biológicos e interrupção precoce do AME são escassas ou inexistentes. Portanto, a realização de estudos sobre essa temática pode ser útil para conhecer o estado da arte deste evento e para o planejamento de políticas públicas sobre aleitamento materno exclusivo.² Neste sentido, o presente trabalho tem como objetivo sumarizar resultados de estudos brasileiros que analisaram os fatores associados à interrupção precoce do AME.

Métodos

Identificação e seleção dos artigos

Trata-se de um estudo de revisão sistemática baseada nas normas do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA),⁶ sobre estudos que avaliaram os fatores de riscos

associados à interrupção precoce do aleitamento materno no Brasil. Para tanto, foi realizada a busca eletrônica de artigos indexados na base de dados Bireme, Scielo e Pubmed, publicados no período de janeiro 2000 a dezembro de 2015, a partir da conjugação de descritores (DeSC/Mesh) nos idiomas português, inglês e espanhol: “*Aleitamento Materno*” e “*Desmame*” e “*Brasil*”.

Foram definidos como critérios de inclusão, os estudos observacionais conduzidos em quaisquer localidades do Brasil, que versassem sobre os fatores associados à interrupção do aleitamento materno nos seis primeiros meses de vida da criança. Foram excluídos estudos que analisaram, exclusivamente, a duração de aleitamento materno no primeiro ano de vida, em neonatos menores de um mês e portadores de malformação orofaríngea. Foram excluídos também estudos com metodologia exclusivamente qualitativa, com dados insuficientes para sumarização, artigos de revisão e ensaios teóricos.

Os estudos disponíveis nas bases de dados foram selecionados e analisados por dois revisores independentes (M Pereira-Santos and LMR Almeida) usando formulários que contemplavam os critérios de elegibilidade os quais foram lidos e avaliados na íntegra. Discordâncias entre os dois revisores foram resolvidas por consenso.

As informações pertinentes dos artigos selecionados foram sistematizadas em planilha do Excel tais como: as informações sobre os autores, ano de publicação, prevalência de aleitamento materno exclusivo, fatores associados à interrupção precoce e medida de associação com intervalo de confiança (IC95%).

Avaliação da qualidade do estudo

Dois autores (M Pereira-Santos and DR Gomes) pontuaram a qualidade metodológica dos artigos selecionados de acordo com a escala “*Effective Public Health Practice Project: Quality Assessment Tool for Quantitative Studies – QATQS*” (<http://www.ehpp.ca/tools.html>).⁷ Com base em cinco itens desta escala: 1) viés de seleção; 2) desenho de estudo; 3) fatores de confundimento; 4) métodos de coleta de dados; e 5) tipo de análise empregada para o desfecho, os estudos foram classificados em “fortes”, “moderados” ou “fracos”. Ao final, cada estudo recebeu uma pontuação da escala QATQS, sendo considerados fortes no caso de nenhum dos quesitos terem sido avaliados como fraco; moderado, no caso dos estudos que apresentaram um dos quesitos classificado como fraco; e, fracos, os estudos com um ou mais quesitos assim avaliados.⁷

Análise estatística

As medidas de associação e o intervalo de confiança foram sumarizados usando o comando metan no Stata 12 (Stata Corp, College Station, TX). Os resultados da metanálise foram apresentados em gráficos *Forest Plot*.

A medida sumário e de seu respectivo intervalo de confiança (IC95%) foi obtida por meio do modelo estatístico de efeitos fixos ou randômicos, dependendo da heterogeneidade entre os estudos.⁸ A heterogeneidade e inconsistência das medidas foram identificadas por meio do teste estatístico Cochran-Q. Em caso de confirmação da heterogeneidade, realizou-se a análise do modelo de efeitos aleatórios com variância inversa com ponderação pelos resultados dos estudos individuais.⁹ O teste de inconsistência ($I^2 > 50\%$) foi usado como indicador de heterogeneidade moderada).

Resultados

Características dos estudos analisados

As estratégias de busca estão apresentadas na Figura 1. Identificou-se 1.326 artigos nas bases de dados, dos quais 25 foram selecionados para síntese qualitativa^{2,10-33} e 22 incluídos na metanálise.^{2,10-19,21-23,25,27-32} Os motivos para exclusão dos artigos foram à ausência da medida de associação, desenhos de estudos não observacionais, avaliação de interrupção do AME em grupos de mães adolescentes e apenas análise de aleitamento materno no primeiro mês de vida.

As principais características dos estudos selecionados estão apresentadas na Tabela 1. A maioria dos artigos selecionados (57,69%) foi publicada entre os anos de 2008 a 2015, com amostras variando de 168 a 35.000 participantes, com predominância de número amostral acima de mil participantes (42,31%). No que se refere às regiões geográficas de realização dos estudos observou-se maior concentração na Região Sudeste (53,85%) do Brasil (Tabela 1).

Ao classificar os estudos, quanto ao delineamento, notou-se predominância de desenho transversal (64,0%), bem como, predomínio de artigos com qualidade metodológica classificada como moderada (72,0%). Os artigos oriundos de estudos de coorte obtiveram maior frequência de escore forte.

Os fatores mais investigados ao evento nos estudos foram peso ao nascer, uso de chupeta, tipo de parto, idade e escolaridade materna, paridade e situação de trabalho materno. Assim, estas variáveis foram incluídas na metanálise e foram agrupadas em três blocos: características referentes à criança,

características maternas e características familiares.

Resultados da metanálise

A prevalência média de AME nos seis primeiros meses de vida da criança foi de 25% (IC95%: 18,05 – 31,96), e duração mediana de 55,41 dias (IC95%: 31,9 – 78,91) (Tabela 1).

Os resultados da metanálise dos fatores associados à interrupção precoce do AME encontram-se na Tabela 2. Observou-se que os fatores relacionados ao recém-nascido como peso ao nascer e uso de chupeta foram os principais fatores de exposição associados com o aumento da ocorrência de interrupção do AME identificados nos estudos. Assim, o baixo peso ao nascer contribuíram com 1,17 mais chance (IC95%: 1,06 – 1,29) de interrupção precoce do AME e o hábito de usar a chupeta aumentou a chance em 2,30 (IC95%: 1,68-2,92) de ocorrência do desfecho. Recém-nascido do sexo feminino tinha mais chance de interrupção precoce da AME (OR: 1,09; IC95%: 1,05 – 1,14) do que aquele do sexo masculino.

No que se refere aos fatores de exposição relacionados à mãe, a baixa escolaridade elevou em 1,28 (IC95%: 1,11-1,45) a chance de interrupção do AME. Tendência semelhante, ocorreu na presença do trabalho materno no puerpério [1,26 (IC95%: 1,11-1,41)]. Observou-se também, que a primiparidade e a idade materna menor que vinte anos contribuíram com 1,22 (IC95%: 1,12- 1,33) e 1,17 (IC95%: 1,02-1,32) vezes mais, respectivamente, com a ocorrência de interrupção do AME.

Identificou-se, também, que a baixa renda familiar elevou em 1,22 (IC95%: 1,08-1,37) a chance de interrupção do AME. Não foi identificada relação estatisticamente significativa associada com a cesariana e o evento analisado.

Discussão

Os resultados desta metanálise, mostraram que os fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo estão situados na esfera da criança a exemplo do baixo peso ao nascer, do sexo feminino, e do uso de chupeta. Fatores relacionados à mãe: a idade materna menor do que 20 anos, a escolaridade materna menor que nove anos de estudos, a primiparidade, o trabalho materno fora do domicílio no período do puerpério. Dentre as características familiares destacou-se a baixa renda familiar como fator de risco para a interrupção precoce do aleitamento materno.

Dentre as características relacionadas à criança e a interrupção precoce do AME, o peso ao nascer que

Figura 1

Fluxograma do resultado da busca nas fontes de informação, da seleção e inclusão dos artigos originais na revisão sistemática.

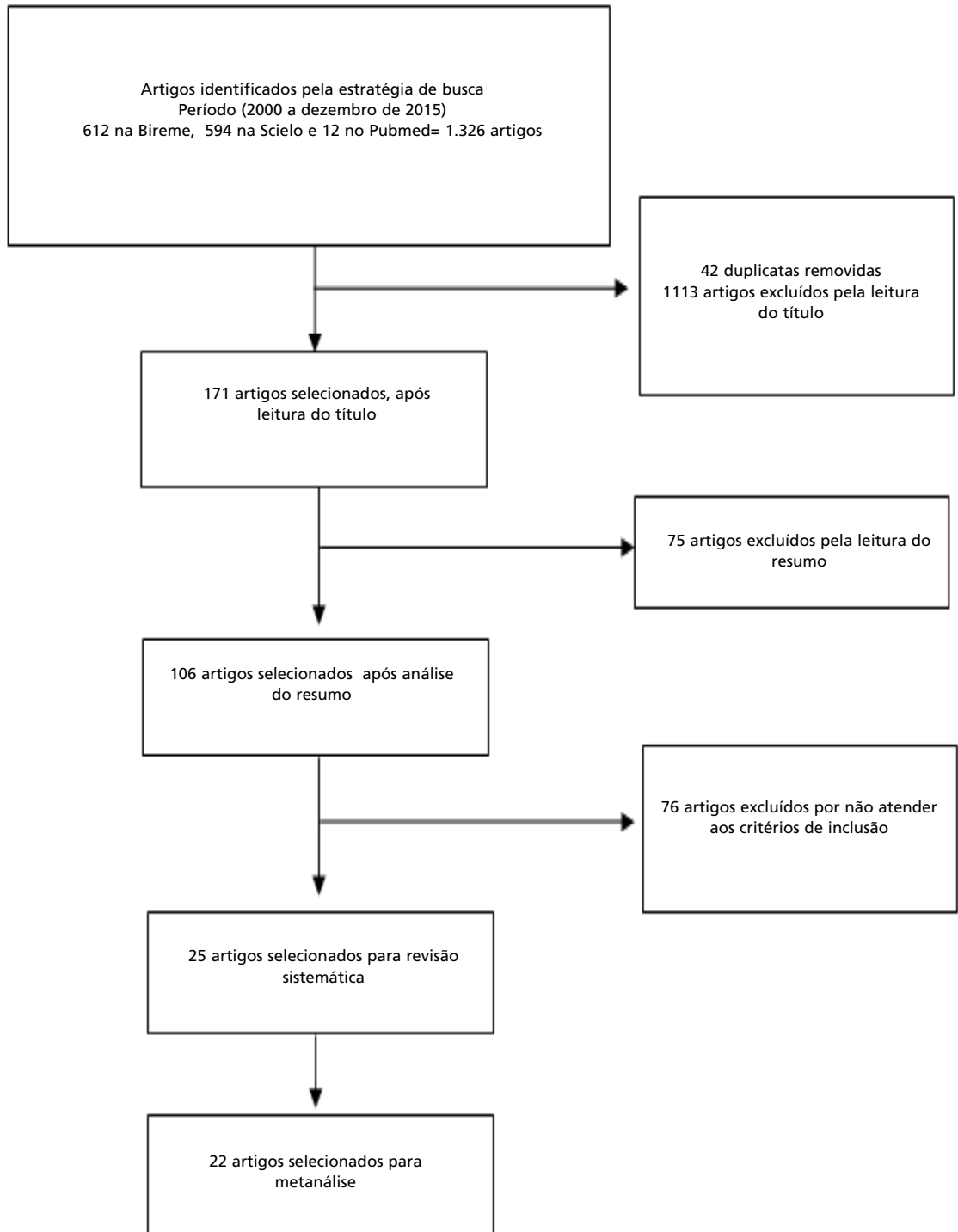


Tabela 1

Distribuição das principais características e metanálise do aleitamento exclusivo no Brasil.

Variáveis	Número de estudos	%
Ano de Publicação		
2000-2007	11	42,3
2008-2015	15	57,6
Região do Brasil		
Nordeste	4	15,3
Norte	1	3,8
Centro-oeste	2	7,6
Sul	5	19,2
Sudeste	14	53,8
Desenho de estudo		
Transversal	16	64,0
Coorte	9	36,0
Tamanho amostral		
168 - 500	7	26,9
>500 - 1000	8	30,7
>1000 - 35,000	11	42,3
Escore QATQS		
Fraco	4	16,0
Moderado	18	72,0
Forte	3	12,0
Mediana de AME no Brasil	55.41 days (IC95%: 31,9 – 78,91)	
Prevalência de AME no Brasil	25% (IC95%:18,05 –31,96)	
1 1,6% - 11,9 %	7	35,0
13,3 % - 30,0 %	5	25,0
33,2% - 58,1%	8	40,0

Tabela 2

Metanálise segundo características relacionadas à criança, à mãe e a família, Brasil, 2010-2015.

Variáveis	Números de estudos	OR/RP/RR	I ² (p valor, heterogeneidade)
Características referentes à criança			
Baixo Peso ao nascer	14	1,17 (1,05-1,29)	0,0% (p=0,490)
Sexo feminino	5	1,09 (1,04- 1,13)	0,0% (p=0,482)
Uso de chupeta	13	2,29 (1,68-2,91)	92% (p<0,001)
Características referentes à criança- Modelo de efeitos aleatórios D+L OR/RP/RR			
Características maternas			
Parto cesárea	14	0,96 (0,926-1,01)	29,0% (p=0,139)
Idade materna < 20 anos	11	1,22 (1,12-1,33)	0,0% (p =0,750)
Idade materna < 9 anos	13	1,28 (1,11-1,45)	74,1% (p<0,001)
Escolaridade materna < 9 anos	14	1,17 (1,02-1,32)	67,9% (p<0,001)
Primiparidade	9	1,26 (1,11- 1,41)	0,0% (p=0,725)
Trabalho no puerpério		1,17 (1,01-1,33)	90,5% (p<0,001)
Características maternas D+L OR/RP/RR			
Característica familiar			
Renda familiar	4	1,22 (1,08-1,37)	0,0% (p=0,574)

foi avaliado em 14 estudos, registrou associação estatisticamente significativa entre os eventos. Os estudos sugerem que crianças com baixo peso ao nascer apresentam dificuldades em iniciar e manter o AME, pois tanto a pressão da sucção quanto a frequência das mamadas aumentam conforme aumenta a idade gestacional e peso do recém-nascido. Alia-se ainda o fato de que crianças de baixo peso ao nascer e prematuras estão mais expostas ao risco de morbidades que indicam internação em unidade neonatal, muitas vezes separando-as das mães, condição que promove o abandono precoce da amamentação. A variável sexo feminino também apresentou associação com interrupção precoce do AME.

Nesta metanálise, o uso de chupeta foi o principal fator associado à interrupção do AME. Estes resultados são concordantes com aqueles oriundos de uma metanálise de estudos de coorte e transversais, onde identificou-se que o uso de chupeta aumentou em duas vezes o risco de interrupção do aleitamento materno (OR: 2,48; IC95%: 2,16-2,85).³⁴ O uso de chupeta pode ser não só uma das causas de interrupção do AME, mas também um marcador de dificuldades relacionadas à amamentação, bem como de diminuição da motivação materna para amamentar. É possível que as mães

que apresentam problemas para amamentar façam o seu uso para acalmar a criança.³⁴ Outra possibilidade é a de que o uso de chupeta inibe a sucção comprometendo a produção de leite com consequente risco de interrupção da amamentação.

A associação entre uso de chupeta e interrupção do aleitamento materno pode ser casual ou não. A chupeta pode ser oferecida à criança quando o desmame já havia começado e, não ao contrário. Estudos futuros precisam levar em conta, em seus projetos, maneiras de lidar com a possibilidade de causalidade reversa.³⁴

Além disto o uso de chupeta é fortemente influenciado por fatores culturais, motivacionais e psicológicos maternos.³⁵ Desta forma, são necessários estudos qualitativos para compreender as razões subjacentes do oferecimento da chupeta à criança.³⁴

Nos estudos analisados, o sexo masculino apresentou-se associado com a descontinuação do AME, quando comparado com o sexo feminino. Resultado semelhante foi observado em crianças brasileiras, nas quais houve maior prevalência de AME entre meninas.⁵ No entanto, não é claro se essa maior prevalência se deve a algum aspecto cultural, como a crença de que os meninos precisam de mais apoio nutricional através de outros alimentos, além do leite

materno.³⁶

Os resultados de nossa metanálise são concordes com outros estudos brasileiros que registraram associação entre o abandono precoce do aleitamento materno e sexo masculino.⁵ No entanto, não é claro se essa associação se deve a algum aspecto cultural, como a crença de que os meninos precisam de mais apoio nutricional fornecido por outros alimentos, além do leite materno.³⁶

Dentre as características relacionadas à mãe, observou-se que a primiparidade e a idade materna menor de 20 anos foram as variáveis mais frequentemente nos estudos incluídos nesta dimensão. Ambas as exposições apresentaram associação positiva e estatisticamente significativa com o evento. É possível que primíparas e gestantes com idade menor que vinte anos possuam menor experiência com o aleitamento materno, o que pode contribuir para a interrupção do AME. Dessa forma, é necessário um olhar mais atento da equipe de saúde para estas mulheres, especialmente no pré-natal, com intervenções mais qualificadas e fundamentadas em escutas acolhedoras, no intuito de incentivar o AME nos seis primeiros meses de vida.¹⁴

Com relação às características sociodemográficas maternas, a baixa escolaridade, trabalho materno no puerpério e renda familiar foram associados positivamente com a interrupção do AME. Logo, as desigualdades sociais, em especial o nível socioeconômico, reproduzem-se nas condições de saúde.

O grau mais elevado de instrução da mulher parece ser um fator preditivo de sucesso da prática da AME, o que pode estar relacionado ao aumento da autoconfiança materna diante da superação dos problemas e do desconforto que muitas mães podem sentir ao amamentar. Arelado a isso, mulheres com maior nível de educação formal têm maior possibilidade de absorver informações acerca dos benefícios da amamentação materna diminuindo a influência externa negativa sobre a amamentação ao peito, e a mãe passa a rejeitar práticas negativas que prejudicam o processo de amamentação materna.¹⁴

Em relação ao trabalho materno fora do lar nos seis meses pós-parto possam não influenciar na decisão de interrupção do AME, é possível sugerir a iminência da volta ao trabalho torna inexorável a decisão de incluir precocemente outro tipo de leite no esquema alimentar da criança, em especial o leite de vaca, constringendo o sucesso do aleitamento materno complementado e incrementando o tempo mediano da duração do aleitamento.² Portanto, a licença maternidade de seis meses pode contribuir

para a manutenção do AME.³⁷ Embora as mulheres em regime do trabalho informal não possam se beneficiar deste período de licença remunerado, tendo muitas vezes que retornar as atividades mais precocemente, podendo contribuir para o abandono precoce do aleitamento ao peito. Infelizmente nos estudos analisados não foi possível identificar a informalidade trabalho materno na contribuição para a interrupção do AME.

Como apresentados nesta revisão diversos fatores podem comprometer o tempo preconizado de 6 meses de vida da criança para o aleitamento materno exclusivo. Isto pode ser comprovado nas informações de que a duração deste evento é de 25% e a duração média é de 57 dias de EBE. Embora os valores identificados tenham identificado tendência crescente para a duração do AME nos últimos cinco anos, estes valores são inferiores ao preconizado pela OMS, que idealiza que 90% a 100% das crianças menores de seis meses de idade tenham no leite materno o alimento exclusivo neste período.^{1,38}

A baixa prevalência de AME registrada no presente estudo é preocupante, uma vez que, o AME contribui positivamente para a saúde materna e infantil.⁴ Sendo assim, a interrupção do AME pode trazer malefícios para a saúde da criança, da mãe e elevação de custos do Sistema de Único de Saúde (SUS), devido ao tratamento e controle de doenças, que podem apresentar associação com a interrupção do AME.

Os indicadores de saúde da criança identificam redução dos índices de mortalidade infantil e de morbidade por diarreia, desnutrição, doenças respiratórias, porém, em contrapartida, esses indicadores apresentam aumento de doenças crônicas, como diabetes e obesidade na infância e na vida adulta.^{39,40} É possível que o AME possua efeito em fases posteriores da vida. Neste sentido foi observado em uma metanálise que a amamentação diminui em 26% (IC95%: 22–30) a chance de sobrepeso/obesidade em período posterior da vida e conferiu ação protetora para diabetes tipo 2,³⁹ e em estudos sobre inteligência de adultos e desempenho escolar que apresentam evidências dos efeitos positivos do AME sobre essas habilidades.^{41,42} O mesmo foi registrado por estudo de coorte brasileira, que observou que quanto mais duradouro o período de amamentação na infância, maiores eram os níveis de inteligência e renda média na vida adulta aos 30 anos de idade.⁴²

Os aspectos positivos do AME que envolvem a mulher-mãe estabelecem interface com aceleração da perda de peso pós-parto, redução incidência de

anemia e da chance de desenvolver câncer de mama, de ovário e endométrio, assim como osteoporose.^{4,43} Vale destacar que a economia familiar pode ser afetada positivamente com o AM, com a redução dos gastos com aquisição de fórmulas, mamadeiras, bicos artificiais, medicamentos e com a alimentação para o recém-nascido.^{39,44}

Nossos resultados, apesar de registrar tendência crescente de publicação no período de 2008-2015, identificaram que a produção científica do Brasil sobre a temática encontra-se centrada nas regiões Sul e Sudeste do país, onde se localiza a maioria dos centros de pesquisa sobre o aleitamento materno. No entanto, a maior parte dos estudos selecionados para esta revisão apresentou qualidade metodológica moderada de acordo com os critérios do PRISMA⁶ e, poucos tinham desenho de coorte. Portanto, os resultados identificados nesta presente revisão podem estar contribuindo para a construção de evidência considerada moderada. Este resultado corrobora com estudo de revisão sistemática anterior.³⁶

A presente metaanálise apresenta algumas limitações em especial pela ausência da inclusão de vários fatores de exposição relacionados à atenção pré-natal, ao parto e puerpério, devido à divergência metodológica dos estudos analisados e/ou a ausência dessas informações. Acrescenta-se que a maioria dos

estudos incluídos nesta metanálise tinha desenho transversal, o que dificulta examinar a temporalidade e assim identificar alguns fatores de risco implicados na interrupção precoce do AME. Além disso, não foi possível realizar análise do viés de publicação, pois a maioria dos estudos não reportavam valores das frequências simples das variáveis de interesse, necessárias para a obtenção de parâmetros estatísticos individuais.

No entanto, as informações geradas a partir de nosso estudo têm plausibilidade biológica e importância para o campo da saúde materno-infantil e encontra robustez e coerência na literatura sobre o tema. Assim, nesta metanálise, tanto as variáveis relacionadas a mãe quanto as da criança e ambiente familiar contribuíram para a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. Entre as variáveis maternas encontram-se a idade inferior a vinte anos, baixa escolaridade, primiparidade, trabalho materno no puerpério e baixa renda familiar. Crianças com baixo peso ao nascer, do sexo feminino e que usaram chupeta tiveram maior vulnerabilidade de não serem amamentadas exclusivamente. Esse fatores podem ser modificados por meio de políticas públicas de acompanhamento adequado durante todo o pré-natal, com ações de promoção do aleitamento materno exclusivo.

ERRATA:

Onde se lia: Artigos identificados pela estratégia de busca Período (2000 a dezembro de 2015) 612 na Bireme, 594 na Scielo e 12 no Pubmed= 1.326 artigos

Lê-se: Artigos identificados pela estratégia de busca Período (2000 a dezembro de 2015) 612 na Bireme, 594 na Scielo e **120** no Pubmed= 1.326 artigos

Onde se lia: **106** artigos selecionados após análise do resumo

Lê-se: **96** artigos selecionados após análise do resumo

Onde se lia: **76** artigos excluídos por não atender aos critérios de inclusão

Lê-se: **71** artigos excluídos por não atender aos critérios de inclusão

Referências

1. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part 1: definitions. Conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington, DC, USA. Geneva; 2007.
2. Demétrio F, Pinto EJ, Assis AMO. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28 (4): 641-54.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 152 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 107)
4. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC; Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016; 387 (10017): 475-90.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II

- Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília, DF; 2009. v.1. 108 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)
6. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 264-9.
 7. National Collaborating Centre for Methods and Tools. Quality Assessment Tool for Quantitative Studies. Hamilton, ON: McMaster University. 2008 (cited 2016 April 15). Available from: http://www.ehphp.ca/PDF/Quality%20Assessment%20Tool_2010_2.pdf
 8. Harris R, Bradburn M, Deeks J, Harbord R, Altman D, Sterne J. meta-an: fixed- and random-effects meta-analysis. *Stata J* 2008; 8: 3-28.
 9. Higgins JP, Thompson SG. Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *Stat Med.* 2002; 21: 1539-58.
 10. Audi CAF, Corrêa AMS, Latorre M do RDO. Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno e ao aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 meses de vida em Itapira, São Paulo, 1999. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2003; 3 (1): 85-93.
 11. Bezerra VLVA, Nisiyama AL, Jorge AL, Cardoso RM, Silva EF da, Tristão RM. Aleitamento materno exclusivo e fatores associados a sua interrupção precoce: estudo comparativo entre 1999 e 2008. *Rev Paul Pediatr.* 2012; 30 (2): 173-9.
 12. Caldeira AP, Goulart EMA. Situation of breast-feeding in Montes Claros, Minas Gerais: the study of a representative sample. *J Pediatr.* 2000 ; 76 (1): 65-72.
 13. Caminha MF, Batista Filho M, Serva VB, Arruda IKG, Figueiroa JN, Lira PIC. Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. *Rev Saúde Pública.* 2010; 44 (2): 240-8.
 14. Carvalhaes MABL, Parada CMGL, Costa MP. Fatores associados à situação do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses, em Botucatu-SP. *Rev. Latino-Am Enfermagem.* 2007; 15 (1): 62-9.
 15. Chaves RG, Lamounier JA, César CC. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. *J Pediatr. (Rio J.)* 2007; 83 (3): 241-6.
 16. França GVA, Brunken GS, Silva SM, Escuder MM, Venancio SI. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. *Rev Saúde Pública.* 2007; 41 (5): 711-8.
 17. Frota DAL, Marcopito LF. Amamentação entre mães adolescentes e não-adolescentes, Montes Claros, MG. *Rev Saúde Pública.* 2004; 38 (1): 85-92.
 18. Gigante DP, Victora CG, Barros FC. Nutrição materna e duração da amamentação em uma coorte de nascimento de Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública.* 2000; 34 (3): 259-65.
 19. Kaufmann CC, Albernaz EP, Silveira RB da, Silva MB da, Mascarenhas MLW. Alimentação nos primeiros três meses de vida dos bebês de uma coorte na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. *Rev Paul Pediatr.* 2012; 30 (2): 157-65.
 20. Leone CR, Sadeck LSR. Fatores de risco associados ao desmame em crianças até seis meses de idade no município de São Paulo. *Rev Paul Pediatr.* 2012; 30 (1): 21-6.
 21. Machado MCM, Assis KF, Oliveira F de CC, Ribeiro AQ, Araújo RMA, Cury AF, Priore SE, Franceschini SC. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais. *Rev Saúde Pública.* 2014; 48 (6): 985-94.
 22. Mascarenhas MLW, Albernaz EP, Silva MB, Silveira RB. Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos três primeiros meses de vida e seus determinantes no sul do Brasil. *J Pediatr* 2006; 82 (4): 289-94.
 23. Nascimento MB1, Reis MA, Franco SC, Issler H, Ferraro AA, Grisi SJ. Exclusive breastfeeding in southern Brazil: prevalence and associated factors. *Breastfeed Med.* 2010; 5 (2): 79-85.
 24. Neves ACM, Moura EC, Santos W, Carvalho KMB. Factors associated with exclusive breastfeeding in the Legal Amazon and Northeast regions, Brazil, 2010. *Rev Nutr.* 2014; 27 (1): 81-95.
 25. Oliveira LPM, Assis AMO, Gomes GS da S, Prado MS, Barreto ML. Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21(5): 1519-30.
 26. Parizoto GM., Parada CMG de L., Venâncio SI, Carvalhaes MABL. Tendência e determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses. *J. Pediatr.* 2009; 85 (3): 201-8.
 27. Passanha A, Benício MD, Venâncio SI, Reis MCG. Implantação da Rede Amamenta Brasil e prevalência de aleitamento materno exclusivo. *Rev Saúde Pública.* 2013; 47 (6): 1141-8.
 28. Pereira RSV, Oliveira MIC, Andrade CLT, Brito AS. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. *Cad Saúde Pública.* 2010; 26(12): 2343-54.
 29. Queluz MC, Pereira MJB, Santos CB, Leite AM, Ricco RG. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46 (3): 537-43.
 30. Vannuchi MTO, Thomson Z, Escuder MML, TaclaMauren TG M, Vezozzo KMK, Castro LMCP, Oliveira MB, Venancio SI. Perfil do aleitamento materno em menores de um ano no Município de Londrina, Paraná. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2005; 5 (2): 155-62.
 31. Venancio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breast feeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. *Public Health Nutr.* 2006; 9 (1): 40-6.
 32. Santo LC, Oliveira LD, Giugliani ER. Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months. *Birth.* 2007; 34 (3): 212-9.
 33. Bueno MB, Souza JM, Souza SB, Paz SM, Gimeno SG, Siqueira AA. Riscos associados ao processo de desmame entre crianças nascidas em hospital universitário de São Paulo, entre 1998 e 1999: estudo de coorte prospectivo do primeiro ano de vida. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19 (5): 1453-60.
 34. Buccini GD, Pérez-Escamilla R, Paulino LM, Araújo CL, Venancio SI. Pacifier use and interruption of exclusive breastfeeding: Systematic review and meta-analysis.

- Matern Child Nutr. 2016. doi: 10.1111/mcn.12384. [Epub ahead of print]
35. Cunha AJLA, Leite AM, Machado MM. Aleitamento materno e uso de chupeta: implicações para políticas de saúde. *J Pediatr.* 2009; 85 (5): 462-3.
 36. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública.* 2015; 49: 91.
 37. Brasil. Lei nº. 11.770/08. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8.122 de 24 de julho de 1991. *Diário Oficial da União* 2008; 9 set.
 38. World Health Organization: Indicators for assessing infant and young child feeding practices. 2008, Washington D.C., USA: WHO, [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596664_eng.pdf]
 39. Horta BL, Mola CL, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015; 104: 30-7.
 40. Richards M, Hardy R, Wadsworth ME. Long-term effects of breast-feeding in a national birth cohort: educational attainment and midlife cognitive function. *Public Health Nutr.* 2002; 5: 631-5.
 41. Horwood LJ, Fergusson DM. Breastfeeding and later cognitive and academic outcomes. *Pediatrics.* 1998; 101: E9.
 42. Victora CG, Horta BL, Mola CL, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, Gonçalves H, Barros FC. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health.* 2015; 3: e199-205.
 43. Silva CM, Oliveira Assis AM, Pinheiro SMC, Oliveira LPM, Cruz TRP. Breastfeeding and maternal weight changes during 24 months post-partum: a cohort study. *Matern Child Nutr.* 2015, 11: 780-91.
 44. Toma T, Rea MF. Benefits of breastfeeding for maternal and child health: an essay on the scientific evidence. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24 (2): S235-46.

Recebido em 1 de Setembro de 2016

Versão final apresentada em 6 de Fevereiro de 2017

Aprovado em 10 de Fevereiro de 2017